



714 Lincoln St., NE
Le Mars, Iowa 51031
712-546-7871



ROI

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de: _____
Nacimiento: _____
Nombre de Soltera/Otro: _____ SSN # (últimos 4 dígitos): _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
☐ Autorizo el uso o la divulgación de los registros médicos del paciente como se describe a continuación:

Por la presente autorizo la liberación de mis registros médicos de:

☐ Floyd Valley Community Health 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-3335 phone 712-546-3451 fax	☐ Floyd Valley Healthcare 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-7871 phone 712-546-3416 fax	☐ Floyd Valley Clinics 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-8113 phone 712-546-9307 fax	☐ Nombre: _____ Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
---	---	--	--

Información que Sera Liberada:

☐ CUALQUIER y TODOS los Registros	☐ Historial & Físico	☐ Fechas de Atención Medica : _____
☐ Registros de Vacunas	☐ Registros de Hospital	☐ Otro: _____
☐ Reportes de Radiografías	☐ Registros de Laboratorio	_____

Propósito de la Liberación:

☐ Transferencia de Atención Médica	☐ Continuación de Cuidado Medico	☐ Se Mudó	☐ Otro: _____
---	---	----------------------------------	--------------------------------------

Forma y Formato:

☐ Registros en papel ☐ Flash Drive/Memoria USB ☐ Fax ☐ CD-ROM
☐ Correo electrónico (Todas las transmisiones de correo electrónico se enviarán cifradas.) Si decide enviar sus registros por correo electrónico, indique la dirección de correo electrónico aquí.

Marque esta casilla SÓLO si NO permite que se divulguen registros de abuso de sustancias. ☐ Solicitante, tome nota: Estos registros publicados contienen documentación sobre abuso de sustancias y, por lo tanto, se aplica la prohibición de revelación. ESTA INFORMACIÓN SE PUBLICA SUJETA A LA DISPOSICIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE ESTATUOS FEDERALES (42 U.S.C 290dd-2 y regulaciones 42 CFR, parte 2) que prohíbe cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o como de lo contrario, permitido por tales regulaciones.

La Información de Salud Será Liberada A:

☐ Floyd Valley Community Health 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-3335 phone 712-546-3451 fax	☐ Floyd Valley Healthcare 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-7871 phone 712-546-3416 fax	☐ Floyd Valley Clinics 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-8113 phone 712-546-9307 fax	☐ Nombre: _____ Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
---	---	--	--

A menos que sea revocada, esta autorización se caducará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico una fecha de caducidad evento o condición, esta autorización se caducará un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización o a mi seguro médico cuando la ley me otorga el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza de seguro.

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud conductual o mental, o tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que el autorizar la liberación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener copias de la información que se va a utilizar o divulgar, como se provee en 45 CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad de Floyd Valley Healthcare al 712-546-3397.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Si Firma un Representante Legal, Relación al Paciente

Firma de Testigo (Witness Signature)

In office use only.

Date information disclosed: _____

By whom: _____